

Methodenvielfalt in der Gesundheitsforschung

Trojan, Alf; Legewie, Heiner

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Trojan, A., & Legewie, H. (1999). Methodenvielfalt in der Gesundheitsforschung. *Gemeindepsychologie Rundbriefe*, 5(2), 7-18. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-52865>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

ORIGINALIA

Methodenvielfalt in der Gesundheitsforschung¹

Alf Trojan & Heiner Legewie

Zusammenfassung

Dem von einem an Experimenten und Statistik orientierten, akademischen Methodenverständnis wird eine praxisorientierte Methodenvielfalt in der Gesundheitspsychologie kritisch gegenübergestellt. Auf die Notwendigkeit experimenteller Ursachen-Wirkungs-Forschung und epidemiologischer Forschung wird als unverzichtbaren Bestandteil der Gesundheitsforschung hingewiesen, jedoch wird betont, daß die akademische Einengung wissenschaftlicher Forschung auf diese Methoden verhängnisvoll sei. Verschiedene qualitative Forschungsansätze werden vorgestellt: Grounded Theory, Aktionsforschung, Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement, Evaluationsforschung, Technikfolgeabschätzung und Policyforschung.

Schlüsselworte: Aktionsforschung – Evaluationsforschung – evidenzbasierte Praxis (EbM) – gesundheitspolitischer Aktionszyklus – Grounded Theory – Organisationsentwicklung – Policyforschung – qualitative Methoden – Technikfolgeabschätzung – Total Quality Management (TQM)

Summary

The experiment and statistics oriented academic methodological comprehension is critically contrasted with a practice-oriented methodological variety in public health research. The necessity of experimental stimulus-response-research and epidemiological research in public health research is pointed out. Nevertheless, it is emphasized that it might be fateful to narrow scientific research to these methods. A variety of qualitative research methods, important in the area of public health, is introduced: Grounded Theory, action research, organization development, Total Quality Management, evaluation research, risks of technology development, and policy research.

Key words: action research – evaluation research – Evidence-based Medicine (EbM) – Grounded Theory – health-political action cycle – organization development – policy research – qualitative methods – risks of technology development – Total Quality Management

Vorbemerkung

Die akademische Psychologie wird in Ausbildung und Forschung nach wie vor einseitig von einem an Experiment und Statistik orien-

tierten Methodenverständnis beherrscht. Demgegenüber hat sich in der praxisorientierten Gesundheitsforschung eine erfreuliche Methodenvielfalt durchgesetzt, die auch für gemein-

¹ Überarbeiteter Auszug aus dem Gutachten "Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen – Die salutogenetische Perspektive im Politikfeld Gesundheit und Umwelt" für den Deutschen Bundestag (Büro für Technikfolgenabschätzung TAB am Deutschen Bundestag, 1999, 370 S.). Buchveröffentlichung in Vorbereitung 2000: Trojan & Legewie "Nachhaltige Gesundheit im 21. Jahrhundert".

depsychologische Forschung als Teilbereich der Gesundheitsforschung Geltung hat oder haben sollte.

Wie verbreitet die Einsicht in gegenstandsangemessene Methodenvielfalt bei Experten, Politikern und Verwaltung als potentielle Auftraggeber und Adressaten für Gesundheitsforschung im Gegensatz zu den Curricula des universitären Elfenbeinturms ist, haben wir eindrücklich bei den Recherchen zu einem Gutachten im Auftrag des Deutschen Bundestages erfahren. Der folgende Beitrag ist ein überarbeiteter Auszug aus diesem Gutachten.

Als wichtige Tendenz praxisorientierter Gesundheitsforschung erwies sich die Forderung nach Einbezug von Aspekten der Qualitätssicherung und Aktionsforschung. Beispielhaft seien hierfür die vom *Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen* geförderten Modellvorhaben im Rahmen des Experimentellen Wohnungs- und Städtebaus (ExWoSt-Projekte) genannt, deren wissenschaftliche Begleitforschung dem Aktionsforschungsansatz folgt:

"Die Forschung beschränkt sich nicht länger auf das Beobachten von außen, sondern unterstützt aktiv die Projekte. Anstelle der Vorgabe von Forschungsleitfragen, die von den Modellvorhaben zu beantworten sind, werden gemeinsame Positionen formuliert, die praktisch umgesetzt werden sollen. Als Grundlage für die Erfolgskontrolle werden im Rahmen sogenannter 'Qualitätsvereinbarungen' Ziele und Strategien formuliert, deren Umsetzung einer kritischen Kontrolle unterzogen wird. Die ExWoSt-Forschung übernimmt durch ihr Engagement eine Mitverantwortung für den Erfolg in den Modellstädten"

(URL: www.bbr.bund.de/exwost/programm.htm).

Aus dieser Entwicklung erwächst der gemeindepsychologischen Forschung allerdings die Verpflichtung, für die Vielfalt der Methoden

gegenstandsangemessene und nachvollziehbare Qualitätsstandards zu entwickeln und diese auch in den wissenschaftlichen und politischen Diskursarenen durchzusetzen. Deutlich wird dies insbesondere an der bevorstehenden neuerlichen Reform des § 20 Sozialgesetzbuch V zur Gesundheitsförderung: Die geplante Neufassung sieht eine Bindung von Gesundheitsfördermaßnahmen der Krankenkassen an die Evaluation der Wirksamkeit vor. Am Beispiel der "evidenzbasierten Medizin" läßt sich zeigen, wie verhängnisvoll eine einseitig an statistischen Forschungsstandards orientierte Evaluationsforschung insbesondere für Projekte der Gesundheitsförderung sein würde. Als Gemeindepsychologen haben wir uns zu fragen, wie weit wir darauf vorbereitet sind, gegenstandsangemessene und überzeugende methodische Alternativen zum statistischen Einheitsparadigma anzubieten.

Experimentelle Ursache-Wirkungs-Forschung und Epidemiologie

Eine wissenschaftliche Theorie der Gesundheit sollte nach klassischem Verständnis Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen Gesundheitsmaßen als abhängige Variablen und Einflußfaktoren auf Gesundheit als unabhängigen Variablen erklären und vorhersagen. Als bevorzugte Methode zum Nachweis solcher Kausalzusammenhänge gilt das naturwissenschaftliche *Experiment*. Der angenommene Kausalzusammenhang wird *vorab* in Form einer Hypothese formuliert, die durch das Experiment bestätigt oder widerlegt werden soll. Zu diesem Zweck

- wird vom Experimentator eine Klasse von Versuchsobjekten ausgewählt (Definition des Gegenstandsbereichs),
- werden die Versuchsobjekte - unter Kontrolle möglicher Störfaktoren - einer syste-

matischen Variation der Ausgangsbedingungen unterworfen (experimentelle Variation der unabhängigen Variablen, z.B. unterschiedliche Belastungssituationen),

- werden die Auswirkungen dieser Variation auf die abhängige Variable an den Versuchsubjekten beobachtet (z.B. Messung des Wohlbefindens auf einer geeigneten Skala),
- wird anhand der Messungen mit Hilfe eines statistischen Tests geprüft, ob die vorab formulierte Hypothese durch das Experiment bestätigt werden kann.

Nach dem Organismusmodell unterscheiden sich menschliche Versuchspersonen nicht grundsätzlich von den Versuchsubjekten naturwissenschaftlicher Experimente, z.B. in der Biologie. So wird in Experimenten zur Streßbewältigung das Verhalten von Versuchspersonen als Reaktion auf die vom Versuchsleiter manipulierten Reizbedingungen interpretiert, alle anderen verhaltensrelevanten Einflüsse gelten als Störfaktoren, die durch ausgeklügelte Versuchsanordnungen und den Einsatz statistischer Methoden möglichst vollständig kontrolliert werden sollten. Kommunikationspsychologisch betrachtet stellt die experimentalphyschologische Versuchssituation eine äußerst einseitige soziale Interaktion dar. Die Reaktionen der Versuchspersonen im Experiment sind nicht von den objektiven Reizen, sondern von deren Interpretation durch die Versuchsperson abhängig. Hinzu kommt die Tatsache, daß subjektive psychische Phänomene nicht physikalisch gemessen werden können, sondern gewöhnlich in Form verbaler Selbstbeurteilungen erfaßt werden, deren zahlenmäßige Abbildung auf einer Meßskala mit grundsätzlichen methodischen Schwierigkeiten verbunden ist. Die angestrebte Objektivität ist also auch im Experiment nicht erreichbar. Zudem erlauben die eingeschränkten Reaktionen

im Experiment nur beschränkt Rückschlüsse auf komplexe Alltagssituationen. Deshalb liefert die experimentelle Methode in den Sozialwissenschaften Ergebnisse, die für die Praxis häufig unbrauchbar sind.

In der *epidemiologischen Forschung* und Theoriebildung wird die laborexperimentelle Suche nach Kausalbeziehungen ersetzt durch die Ermittlung statistisch nachweisbarer Zusammenhänge zwischen Erkrankungshäufigkeiten bzw. Gesundheitsindikatoren und ursächlichen Faktoren wie krankheits- oder gesundheitsfördernde Umweltbedingungen. Dabei lassen sich folgende Grundtypen von Versuchsplänen unterscheiden:

1. In *ökologischen Studien* werden Populationen in natürlichen räumlich-sozialen Einheiten bezüglich eines Merkmals (z.B. Krankheitshäufigkeit, Gesundheitsindikator) miteinander verglichen. Das erhobene Merkmal kann dann als abhängige Variable in Beziehung gesetzt werden zu soziodemographischen Daten oder anderen Indikatoren mit hypothetischer Auswirkung auf die abhängige Variable (z.B. Unterschiede in der Schadstoff- oder Lärmbelastung). Kausalbeziehungen lassen sich durch solche Studien jedoch nicht beweisen sondern bestenfalls vermuten, weil die verschiedenen Einflußfaktoren auf die abhängige Variable nicht kontrolliert werden können.
2. In *retrospektiven Fall-Kontroll-Studien* werden erkrankte und nicht erkrankte Personen, die in möglichst vielen demographischen Daten übereinstimmen, bezüglich einer zu untersuchenden Variablen (z.B. Schadstoff-Exposition) vor Erkrankung verglichen. Fehlerquellen bei der Interpretation von Ergebnissen können durch Selektionseffekte entstehen.

3. In *prospektiven Längsschnittstudien* werden zunächst gesunde Personen, die sich z.B. bezüglich einer zu untersuchenden Schadstoffexposition unterscheiden, über einen längeren Zeitraum hinweg bezüglich der Erkrankungshäufigkeit oder eines Gesundheitsindikators untersucht. Hier lassen sich die zeitlichen Expositionsbedingungen erfassen und Selektionseffekte vermindern.
4. In *quasi-experimentellen Feldstudien* werden unterschiedliche Einflußgrößen auf Gesundheitsindikatoren systematisch variiert, so daß die Auswirkungen von Interventionsmaßnahmen erfaßt werden können. Diese Vorgehensweise ist besonders in der Evaluationsforschung bedeutsam (s.u.).

Die experimentelle Ursache-Wirkungs-Forschung und mehr noch die Epidemiologie sind unverzichtbare Bestandteile der Gesundheitsforschung, auch die statistische Absicherung von Ergebnissen ist insbesondere in der Evaluationsforschung unverzichtbar. Verhängnisvoll ist jedoch die akademische Einengung wissenschaftlicher Forschung auf diese Methoden.

Qualitative Forschung

Zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen besteht kein grundsätzlicher Gegensatz, es handelt sich vielmehr um eine pragmatische Unterscheidung zweier methodischer Zugänge, die sich sinnvoll ergänzen. Es ist nur folgerichtig, daß fortschrittliche Lehrbücher der empirischen Sozialforschung neuerdings auch den qualitativen Methoden einen breiten Platz einräumen (s. z.B. Bortz & Döring, 1995). Im Gegensatz zur quantitativen Forschung wird in der qualitativen Forschung

nicht oder nicht vorrangig mit numerischen Daten, sondern schwerpunktmäßig mit sprachlich vermittelten Daten gearbeitet. Grundformen qualitativer Methoden sind die teilnehmende Beobachtung und das Gespräch. Typische qualitative Erhebungsmethoden sind die ethnographische Feldforschung, diverse Befragungs- und Interviewformen, Methoden der Gruppendiskussion und Methoden der Analyse sprachlicher und bildhafter Dokumente. Qualitative Methoden eignen sich besonders für die detaillierte Beschreibung und Analyse subjektiver Phänomene und komplexer psychischer sowie sozialer Prozesse, Handlungszusammenhänge und Gruppenprozesse, einschließlich organisatorischer und politischer Entscheidungsprozesse.

Die Ergebnisse qualitativer Erhebungsmethoden können durchaus quantifiziert werden und dienen damit als Input für quantitative statistische Analysen. Einfache Beispiele sind die in der Gesundheitsforschung verbreiteten Selbstbeurteilungsskalen, komplexer ist der Einsatz qualitativer Interviews zur Erstellung von Gesundheitsskalen (s. Quality of Well-Being Skalen) oder die quantitative Inhaltsanalyse.

Die Stärken qualitativer Methoden lassen sich aber nur voll ausschöpfen, wenn die sich in ihnen niederschlagende Komplexität nicht nachträglich durch Quantifizierung aufgegeben wird. Der Vielfalt der Erhebungsmethoden entspricht eine Vielfalt an Auswertungsmethoden, wobei Auswertungsmethoden mit deskriptiver Zielsetzung von Ansätzen zu unterscheiden sind, die der Theoriebildung dienen.

Eine der verbreitetsten Strategien qualitativer Sozialforschung, die sowohl die Datenerhebung wie -auswertung umfaßt, ist die Grounded Theory. Diese Strategie wurde in den 60er Jahren vor allem in medizinsoziologischen Untersuchungen entwickelt (s. Strauss & Corbin, 1996). Die Grounded Theory ist keine

Einzelmethode, sondern ein dem dialogischen Paradigma entsprechender heuristischer Forschungsstil, der es erlaubt, mit einem abgestimmten Arsenal von Einzeltechniken, aus gezielt erhobenen Daten schrittweise eine Theorie bzw. ein Modell der untersuchten sozialen Welt zu entwickeln.

Die Grounded Theory hat in der Grundlagen- und Praxisforschung in Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Gesundheits- und Pflegewissenschaften, aber auch in Anwendungsfeldern wie Policyforschung oder Informatik ihre Bewährungsprobe als praktikable und ökonomische Forschungsstrategie vielfach bestanden. Routinemäßiger Einsatz, Lernbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Einzelschritte werden durch Softwaresysteme zur computerunterstützten Textinterpretation und Theoriebildung wesentlich erleichtert (Muhr, 1994).

Insgesamt hat die Qualitative Forschung – nicht ganz zu Unrecht – immer noch den Ruf, im besten Falle interessante, aber häufig beliebige Ergebnisse zu liefern. Das Problem der Güte- bzw. Qualitätskriterien ist in der qualitativen Forschung bisher eher vernachlässigt worden. Erst in letzter Zeit werden vermehrt Qualitätskriterien formuliert, die auch für die Bedingungen der Praxisforschung anwendbar sind (s. z. Steinke, 1998). Auch die Deutsche Forschungsgemeinschaft beginnt sich dieser Problematik anzunehmen, zunächst in einer Denkschrift über Qualitätskriterien in der Umfrageforschung. Hier wird allerdings ein sehr einseitiger Qualitätsbegriff zugrunde gelegt, insbesondere geht es um Argumente gegen die zunehmenden Telefonbefragungen in der Umfrageforschung. Die neugegründete Online-Zeitschrift "Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum Qualitative Social Research" wird einen ihrer ersten Bände dem Thema Qualitätskriterien widmen (URL: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm>). Das

im Aufbau befindliche ATLAS-Archiv hat sich u.a. zur Aufgabe gemacht, Standards für die Durchführung, Auswertung und Archivierung qualitativer Sozialforschung zu entwickeln und im Internet zugänglich zu machen (URL: <http://www.qualitative-research.net/atlas/>).

Aktionsforschung

Zur Umsetzung sozialer Reformen entwickelte der Sozialpsychologe Kurt Lewin während der Nachkriegszeit in den USA die *Handlungs-* oder *Aktionsforschung*, die sich als eine Alternative zur sozialwissenschaftlichen Grundlagenforschung versteht:

„Die für die soziale Praxis erforderliche Forschung läßt sich am besten als Forschung im Dienste sozialer Unternehmungen oder sozialer Techniken kennzeichnen. Sie ist eine Art Tat-Forschung („action research“), eine vergleichende Erforschung der Bedingungen und Wirkungen verschiedener Formen des sozialen Handelns und eine zu sozialem Handeln führende Forschung.“

Die Aktionsforschung läßt sich durch folgende Besonderheiten kennzeichnen:

- Die Problemstellung erfolgt nicht primär aus wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse, sondern entsteht aus konkreten Mißständen in einer sozialen Gruppe.
- Das Forschungsziel besteht nicht vorrangig im Überprüfen theoretischer Aussagen, sondern in der praktischen Veränderung der untersuchten Problemlage.
- Die Problemlage wird als sozialer Prozeß aufgefaßt, aus dem nicht einzelne Variablen isoliert und als „objektive Daten“ erhoben werden können, sondern die Datenerhebung wird als Teil des sozialen Prozesses aufgefaßt und interpretiert.
- Der Forscher gibt seine Distanz zum Forschungsobjekt auf, er ist selbst in den unter-

suchten Prozeß einbezogen, von der teilnehmenden Beobachtung bis zur gezielten Einflußnahme auf die soziale Gruppe. Ebenso geben die anderen Gruppenmitglieder die Rollen von Befragten und Beobachteten auf, indem sie sich aktiv an der Zieldiskussion, Datenerhebung und Auswertung beteiligen.

Aktionsforschungsprojekte entstanden in der Bundesrepublik in den 70er Jahren vorwiegend im universitären Bereich sowie in der Randgruppen- und Stadtteilarbeit. Aktuelle Beispiele finden sich u.a. in lateinamerikanischen Gemeinwesenprojekten unter der Anleitung von Sozial- und Gemeindepsychologen. Methodische Probleme der Aktionsforschung sind in ihren theoretischen Defiziten und in den zwischen Forschern und Beforschten ablaufenden gruppendynamischen Prozessen begründet.

Das (fast ausschließlich) vom Forscher kontrollierte Laborexperiment und die (weitestgehend) von den Beforschten bestimmte Aktionsforschung bilden Extrembeispiele sozialwissenschaftlicher Methoden. In der sozialwissenschaftlichen *Praxisforschung* muß im Einzelfall entsprechend der Zielsetzung und sozialen Situation entschieden werden, inwieweit eine distanzierende Trennung zwischen Forschern und Beforschten sinnvoll und notwendig ist. Elemente des Aktionsforschungsansatzes sind oft auch hilfreich und erforderlich, weil sie dem von außen kommenden Forscher den Zugang zu vielen sozialen Settings ermöglichen oder erleichtern.

Auf der anderen Seite sollten Aktionsforschungselemente zukünftig zum Standard von Projekten der Gesundheitsförderung in kommunalen oder anderen Settings gehören und damit entsprechend zum professionellen Qualifikationsprofil aller in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen beitragen. Aktionsforschungs-

ansätze sind nicht zuletzt durch ihr partizipatives Element hochaktuell und in besonderer Weise kompatibel mit gemeindepsychologischen Ansätzen.

Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement

Zwei eng zusammenhängende Bereiche, in denen Elemente der Aktionsforschung einen breiten Raum einnehmen, sind partizipative Ansätze innerhalb der Organisationsentwicklung und des Qualitätsmanagements.

Unter *Organisationsentwicklung (OE)* werden längerfristig angelegte Maßnahmen verstanden, die zum Ziel haben, nicht einzelne Arbeitsplätze, sondern gesamte Organisationen (Industrie- und Wirtschaftsunternehmen, Schulen, Behörden, gesamte Kommunalverwaltungen etc.) vom Istzustand in Richtung auf einen Sollzustand zu verändern. Typischerweise handelt es sich um Reformprozesse, in denen die Betroffenen in hohem Maße beteiligt werden und die sowohl Veränderungen der Umwelt als auch der Einstellungen und des Handelns der Betroffenen erfordern (s. Hoefer, 1989).

Qualitätsmanagement kann als besondere Akzentsetzung in der Organisationsentwicklung angesehen werden, die zunächst in der industriellen Produktion und Wirtschaft eingeführt wurde. In letzter Zeit werden Aspekte der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zunehmend auch im Gesundheitswesen und in der kommunalen Verwaltung diskutiert und erprobt. Von besonderer Bedeutung ist die in den USA und Japan entwickelte Strategie des Total Quality Management (TQM): "(als eine) auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder basierende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenheit der Kunden auf langfristi-

gen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt" (DIN ISO 8402, zit. nach Kamiske & Brauer, 1995, S. 244).

Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement sind Beispiele für Ansätze, in denen Forschung und Praxis eine sehr enge Verbindung eingehen. In der Gesundheitsförderung haben wir es sehr oft mit Organisationen im weiteren Sinn des Wortes zu tun, Gesundheitsförderung ist entsprechend auf Organisationsentwicklung angewiesen (s. dazu Pelikan, Demmer & Hurrelmann, 1993). Durch Verbindung mit Qualitätsmanagement erhalten hierbei Aspekte des Erfolgs und der Wirtschaftlichkeit besonderes Gewicht. Wir sehen in einer konsequenten Weiterentwicklung dieser Ansätze unter salutogenetischer Perspektive große Chancen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung. Gefahren liegen allerdings in der umstandslosen Übertragung von Konzepten aus dem Wirtschaftsleben auf den psychosozialen Sektor und im Einsatz von Organisationsentwicklung mit einer einseitigen Zielsetzung der Kostensenkung.

Evaluationsforschung

Ziel der Evaluationsforschung ist es, Qualität und Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder von Reformen zu ermitteln. In der Evaluationsforschung wird zwischen Prozeß- und Ergebnis-Evaluation unterschieden. Die Ergebnis-Evaluation oder besser Prozeß-Ergebnis-Evaluation von Maßnahmen zur umweltbezogenen Gesundheitsförderung ist sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch zur Legitimation ihrer Finanzierung dringend erforderlich, stößt aber auf methodische und organisatorische Probleme, die ungleich

größer sind als etwa bei der Evaluation der Wirksamkeit von Pharmaka.

In der medizinischen Evaluationsforschung gelten kontrollierte und randomisierte Therapiestudien, bei denen eine nicht behandelte Kontrollgruppe und eine Placebo-Gruppe mit einer Behandlungsgruppe verglichen wird und die Aufteilung der Patienten auf die Gruppen per Zufall erfolgt, als sogenannter "Goldstandard". Bei Orientierung an solchen Methodenstandards ist die Evaluation in der Gesundheitsförderung mit einem grundlegenden Dilemma konfrontiert: Der Erfolg einer Maßnahme wäre um so eindeutiger nachweisbar, je einfacher die Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen Maßnahme und Erfolg und je standardisierter die Anwendungsbedingungen und homogener die Personengruppe, auf die sich die Maßnahme bezieht. Gesundheitsförderung ist demgegenüber in ihren Auswirkungen äußerst komplex, sollte in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext und Setting eingesetzt und von der jeweiligen Zielgruppe aktiv mitgestaltet werden. Kontrollierte und randomisierte Evaluationstudien zur Gesundheitsförderung wurden zwar gelegentlich durchgeführt und werden auch immer wieder eingefordert, die genannten methodischen Kriterien sind aber dem Gegenstand völlig unangemessen und führen zu Interventionsprogrammen, die als eine Karikatur der Gesundheitsförderung erscheinen und keinerlei praktische Relevanz besitzen (s. dazu die ausführliche Diskussion am Beispiel Psychotherapieforschung in Legewie, 1998).

Relevante Überblicke liefern Koch & Wittmann (1991) sowie Tudiver et al. (1992). Für die politische Dimension der Gesundheitsförderung sind ergänzend politikwissenschaftliche Methoden nötig (vgl. Alemann, 1995).

Evaluation und Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung sind untrennbar miteinander

der verknüpft: Ohne Evaluation ist kaum eine empirisch begründete Qualitätsverbesserung möglich. Daher werden Fragen der Evaluation in heutiger Zeit überwiegend in den Zusammenhang des Qualitätsmanagements gestellt (vgl. z.B. Bauch, 1995; Ruckstuhl u.a., 1998 und die dort zitierte Literatur).

Zur Evaluation von komplexeren gemeindeweiten Gesundheitsförderungsprogrammen gibt es gründliche methodologische Überlegungen (vgl. Sanson-Fisher et al., 1996; Dixon & Sindall, 1994). Dieses ist jedoch ein komplexes und schwieriges Feld, in dem es noch gründlicher Entwicklungsarbeit bedarf (vgl. z.B. de Leuw, 1998 zu den Erfahrungen bei der Evaluation des Gesunde Städte Projekts der WHO).

Die Entwicklung und allgemeine Durchsetzung von gegenstandsangemessenen Methoden der Evaluationsforschung im Bereich der Gesundheitsförderung ist eine vordringliche Forschungsaufgabe. Im Gegensatz zu den ungeeigneten Standards für kontrollierte und randomisierte Studien sollten dabei die folgenden Prinzipien Berücksichtigung finden.

- Evaluation der jeweils für optimal angesehenen Maßnahmenkombination an Stelle der Evaluation von Einzelmaßnahmen
- Bedingungsvariation durch Vergleich unterschiedlicher realer Settings an Stelle von quasi-experimenteller Bedingungsvariation, d.h. epidemiologische Evaluation in natürlichen Settings
- Kombination von Prozeß- und Erfolgsevaluation
- Kombination quantitativer und qualitativer Prozeß- und Erfolgsindikatoren
- Prozeßevaluation kombiniert mit Qualitätsmanagement

- Partizipative Evaluation: Beteiligung der Zielgruppen (Bevölkerung) auch an der Evaluation
- Mehrstufige Erfolgsevaluation:
 - Evaluation der Prozeßqualität (z.B. partizipative Planung?)
 - Evaluation intermediärer Ziele (z.B. Erreichen der Zielgruppe?)
 - Evaluation der angestrebten Wirkungen (z.B. Verbesserung des Gesundheitsstands?)

Ansätze für solche innovativen Herangehensweisen finden sich bei Guba/ Lincoln (1989), Fetterman et al. (1996) und Whitmore (1998). Auf die Evaluation von Gesundheitsförderung beziehen sich zwei aktuelle Sammelbände von Weston/ Scott (1998) und Davies (1998).

Wichtige deutschsprachige Quellen und Literaturhinweise zur Evaluation im pädagogischen und sozialen Bereich, wie z.B. die Loseblattsammlung zur Evaluationspraxis von Beywl (1999), bietet die Arbeitsstelle für Evaluation pädagogischer Dienstleistungen an der Universität Köln (URL: <http://www.uni-koeln.de/ew-fak/Wiso/skassel.htm>).

Evidenzbasierte Praxis

Eine neue Entwicklung der Evaluationsforschung stellt die sogenannte Evidence-based Medicine (EbM) dar. Zielsetzung ist es, durch den Einsatz elektronischer Datenbanken eine systematische Berücksichtigung kontrollierter Evaluationsstudien in der ärztlichen Praxis zu erreichen. Unter *externer Evidenz* wird – im Gegensatz zum deutschen Sprachgebrauch – der Stand des Wissens aufgrund kontrollierter empirischer Therapiestudien verstanden. "Evidenz-basierte" Informationssysteme, z.B. über Internet, haben den Anspruch, Praktikern das verfügbare empirische Wissen zu unterschied-

lichen Problemfeldern und Maßnahmen in Form kurzer Übersichtsartikel zugänglich zu machen, in denen die einschlägigen empirischen Studien nach einheitlichen Kriterien ausgewertet sind.

Evidenz-basierte Medizin versteht sich keineswegs als Kochbuchmedizin, sie räumt vielmehr der individuellen klinischen Erfahrung, d.h. der *internen Evidenz* des Therapeuten weiterhin die letzte Entscheidung über eine konkrete Behandlungsmaßnahme ein, allerdings unter Berücksichtigung des aktuell am besten gesicherten Wissens. Die Vorzüge der EbM leuchten z.B. für die Auswahl der schonendsten Operationsmethode bei Struma oder die Indikation für fibrinolytischer Infarktprophylaxe unmittelbar ein.

Auch in der Gesundheitsförderung werden gegenwärtig die Weichen zur Einführung Evidenz-basierter Informationssysteme gestellt: Expertenkommissionen entwickeln Kriterien zur Bewertung von Evidence-based Health Promotion (EbHP) und im Internet stehen die ersten evaluierten Studien zur Gesundheitsförderung zur Verfügung (*URL: www.cochrane.de*). (Im Bereich kommunaler Projekte zur lokalen Agenda 21 und zur ökologischen Stadtentwicklung findet sich eine verwandte Entwicklung durch den Aufbau von Datenbanken mit "Modellen guter Praxis", die z.T. nach einheitlichen Kriterien evaluiert und zusammenfassend dargestellt werden (z.B. *URL: www.bestpractices.org* und *www.cities21.com/coldfus/citylist.dbm*).

Der Ansatz des Cochrane-Instituts ist mit einem nicht zu unterschätzenden Problem belastet: Evidenz-basierte Medizin und ebenso Evidenz-basierte Gesundheitsförderung arbeiten mit Kriterienkatalogen für Evaluationsstudien und Metaanalysen, die vom "Goldstandard" kontrollierter und randomisierter Studien

ausgehen. Als angemessener "Goldstandard" müßten jedoch angemessene *Kriterien für ökologisch valide Praxisevaluationen* entwickelt und durchgesetzt werden. Die Angemessenheit von Design, Erhebungs- und Auswertungsmethoden solcher Studien können nicht allgemein festgelegt werden, sondern müssen von Fall zu Fall entsprechend der jeweiligen Fragestellung beurteilt werden. Die gängige Praxis der "Verrechnung" von Ergebnissen in Metaanalysen muß durch argumentativ vergleichende Literaturgutachten ersetzt werden. Hierbei ist insbesondere auch die Berücksichtigung von Auswirkungen des sozialen und kulturellen Kontextes bedeutsam, in dem Gesundheitsförderung stattfindet.

Technikfolgenabschätzung

Unter Technikfolgenabschätzung (TA) werden sehr unterschiedliche wissenschaftliche Methoden und diskursive Vorgehensweisen zusammengefaßt, die es erlauben sollen, die potentiellen Auswirkungen der Entwicklung, Einführung und Vorbereitung neuer Technologien vorherzusagen, wobei es nicht zuletzt auch um indirekte, nicht intendierte und langfristige Auswirkungsketten auf Umwelt und Gesellschaft geht. Auf die umfangreiche Spezialliteratur zur Technikfolgenabschätzung kann hier nicht eingegangen werden. Wichtig für den Zusammenhang unseres Gutachtens sind zwei Aspekte.

Die bisherige TA ist in hohem Maße am Prinzip der Schadensverhütung orientiert. Eine konsequente zusätzliche Berücksichtigung der salutogenetischen Perspektive könnte für die TA neue Aspekte, vielleicht sogar ein neues Leitbild erschließen. Wir erachten in diesem Zusammenhang zwei Gesichtspunkte für besonders wichtig:

1. Unter salutogenetischer Perspektive ist zu fordern, daß TA nicht bei den Technikfolgen, sondern schon bei der Zielsetzung, Ideenfindung und Technikentwicklung anzusetzen hat: schadensverhütende Technik-Folgenabschätzung sollte konsequent zur gesundheitsfördernden Technik-Entwicklungsplanung erweitert werden (eine keineswegs neue, aber unter salutogenetischer Perspektive zwingende Forderung!).
2. Die Erfahrungen im Bereich der TA mit der praxisorientierten Kombination sehr unterschiedlicher Forschungsmethoden und Diskursformen wie systematische Auswertung von Sekundärmaterial, Expertenbefragungen, Hearings, Delphi-Methoden und Szenariotechniken können umgekehrt wichtige Anregungen für die Forschungspraxis in der Gesundheitsförderung liefern.

Policyforschung

Strategien der öffentlichen Politik (Public Policies) werden als Teil der Politikwissenschaften untersucht. Windhoff-Heritier (1987) betrachtet die Policy-Analyse als eine Forschungsperspektive, die mit ihrer Betonung der *Inhalte und Strategien* politischen Handelns die Fragestellungen der "traditionell" orientierten Politikwissenschaft in wesentlicher Form ergänzt. Policy-Forschung ist ein inter- bzw. multidisziplinäres Untersuchungsprogramm. Sie hat ihre Wurzeln in der Analyse von sozialem Wandel und Innovationen.

Zentrales heuristisches Gerüst für die Policy-Forschung ist der Policy-Zyklus. Mit diesem wird versucht, den Prozeß von der Problemdiagnose bis zur Evaluation der durchgeführten Maßnahmen bzw. Programme abzubilden: Systematische oder unsystematische Informa-

tionen sind die Grundlage einer Situationsanalyse (meistens als *Problemdiagnose*, weniger als Ausgangspunkt für *positive* Gestaltungsaufgaben) begriffen. Auf dieser Basis erfolgt die Politikformulierung, d.h. von Politikinhalten (policy outputs) bzw. Programmen (wie z.B. Gesetzen, Verordnungen, Erlassen oder zeitlich begrenzten Aktionsprogrammen).

Die Resultate des Umsetzungshandelns werden als Policy-Ergebnisse (policy outcomes) bezeichnet. Sie bestehen z.B. in der Allokation von Finanzmitteln oder der Einstellung von Personal. Die eingesetzten Ressourcen oder Strukturen schlagen sich mittel- bis langfristig in Policy-Wirkungen (policy impacts) nieder. Im Idealfall wird diese Policy-Wirkung im Anschluß an eine Programmimplementation evaluiert und mündet in eine neue Situationsanalyse ein.

Der Zyklus ist also eigentlich eine Spirale, die zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung eines Eingriffsbereiches bzw. einer sektoralen Fachpolitik oder auch sektorübergreifenden politischen Maßnahmen führt (vgl. ausführlicher z.B. Windhoff-Heritier, 1987, S. 17 ff.).

Das Modell dieser Spirale ist auch als Planungs-Zyklus, als Qualitätsverbesserungs-Zyklus oder als Abfolge von "Stadien der Handlungsorganisation" (Dörner, 1989) bekannt. Rosenbrock (1995) hat im Anschluß an das US-amerikanische Institute of Medicine dieses Ablaufmodell als "Public Health Action Cycle" bzw. gesundheitspolitischen Aktionszyklus bekannt gemacht. Er betrachtet dabei Public Health als eine "soziale Innovation des gesellschaftlichen Managements von Gesundheitsrisiken". Das Verdienst dieses heuristischen Modells liegt darin, daß die ökonomischen und politischen Umsetzungsbedingungen von z.B. Gesundheitsförderungspolitik aus

dem "toten Winkel" von nicht weiter hinterfragbaren vorgegebenen Rahmenbedingungen herausgeholt und auf die "Forschungs-Agenda" gesetzt werden.

Aus der sehr groben Beschreibung der Policy-Forschung wird schon deutlich, daß es enge Bezüge und deutliche Überlappungen mit vorher genannten Forschungsansätzen gibt, wie Wirkungs- und Evaluationsforschung, Akti-

onsforschung, Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement und Technikfolgen-Abschätzung im Sinne einer prospektiven Wirkungsforschung. Die Implementationsforschung ist Teil der Policy-Forschung, wenn auch mit einer besonderen Akzentuierung. Für die Gesundheitsforschung sind innerhalb der Sozial- und Politikwissenschaften darüber hinaus insbesondere die Sozialpolitik- und Lokalpolitik-Forschung Kooperationspartner.

Literatur

- Alemann, U.V. (Hrsg.) (1995). *Politikwissenschaftliche Methoden*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bauch, J. (1995). Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung. Kriterien zur Organisation, Durchführung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen und Programmen zur Gesundheitsförderung. *Prävention* 18 (3), 67-70.
- Beywl, W. (1999). *Evaluation in pädagogischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Texte und Arbeitshilfen für die wissenschaftliche Aus- und Weiterbildung (Loseblattwerk). Köln: UNIVation 1999.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer.
- Davies, M. (1998). *Health Promotion, Evaluation and Quality Assurance: Looking for Certainties*. London: Department of Health.
- De Leeuw, E. (1998). Research Issues in the Healthy Cities Project. Recommendation for Practice. In: *Book of Abstracts, Internationaler Kongreß 8./9.10.1998 Wien: Gesundheit planen für die Stadt. Strategien, Konzepte und Erfahrungen*.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg. Max Kaase) (1999). *Qualitätskriterien in der Umfrageforschung: Denkschrift*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Dixon, J. & Sindall, C. (1994). Applying Logics of Change to the Evaluation of Community Development in Health Promotion. *Health Promotion International*, 9, 297-309.
- Dörner, D. (1989). *Die Logik des Mißlingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen*. Reinbek: Rowohlt.
- Fetterman, D., Kaftarian, J. & Wandersman, A. (1996). *Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability*. Thousand Oaks, Sage.
- Guba, G. E. & Lincoln, Y. S. (1989). *Forth Generation Evaluation*. Newbury Park, California: Sage.
- Hoefert, H.W. (1989). *Der Mensch in der Organisation*. Gießen: Verlag Dr. Götz Schmidt.
- Kamiske, G.F. & Brauer, J.-P. (1995). *Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements*. München, Wien: Hanser.
- Koch, U. & Wittmann, W.W. (Hrsg.) (1991). *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin u.a.: Springer.
- Legewie, H. (1999). Sozialer Wandel, Gesundheit und die Zukunft der Couch. In A. Hessel, M. Geyer & E. Brähler (Hrsg.), *Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psycho-*

- sozialer Sicht. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Muhr, T. (1994): ATLAS/ti - Ein Werkzeug für die Textinterpretation. In A. Böhm, A. Mengel & T. Muhr (Hrsg.), *Texte verstehen - Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: Universitätsverlag.
- Pelikan, J.M., Demmer, H. & Hurrelmann, K. (1993). *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen*. Weinheim: Juventa.
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Gesundheitswesen*, 57, 140-144.
- Ruckstuhl, B. u.a. (1998). Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung! *Sozial- und Präventionsmedizin*, 43, 221-228.
- Sanson-Fisher, R. et. al. (1996). Developing Methodologies for evaluating community-wide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11, 227-236.
- Steinke, I. (1998). *Kriterien für die Bewertung qualitativer Forschung*. Berlin: Dissertation, TU.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Tudiver, F. et.al. (Eds.) (1992). *Assessing Interventions. Traditional and Innovative Methods*. Newbury Park: Sage.
- Weston, R. & Scott, D. (1998). *Evaluating Health Promotion*. Cheltenham: Stanley & Thurnes.
- Whitmore, E. (Hrsg.) (1998). *Understanding and Practicing Participatory Evaluation*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Windhoff-Heritier, A. (1987). *Policy-Analyse – eine Einführung*. Frankfurt/M.: Campus.

Autoren

- ✉ Prof. Dr. Dr .Alf Trojan, Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg, Universitätsklinikum Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg.
- ✉ Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Legewie, Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität, Hardenbergstraße 4-5 (HAD 40), D-10623 Berlin, E-mail: H.Legewie@gp.tu-berlin.de, Internet: <http://www.gp.tu-berlin.de/psy7/BZPH/legewie.htm>.